

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

LE REIN

DANS LA

GRIPPE ÉPIDÉMIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 février 1919

PAR

André POIRIER

Né à Ducey (Manche), le 15 juin 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*.

BOSC, professeur.

EUZIÈRE, agrégé.

JEANBRAU, agrégé libre.

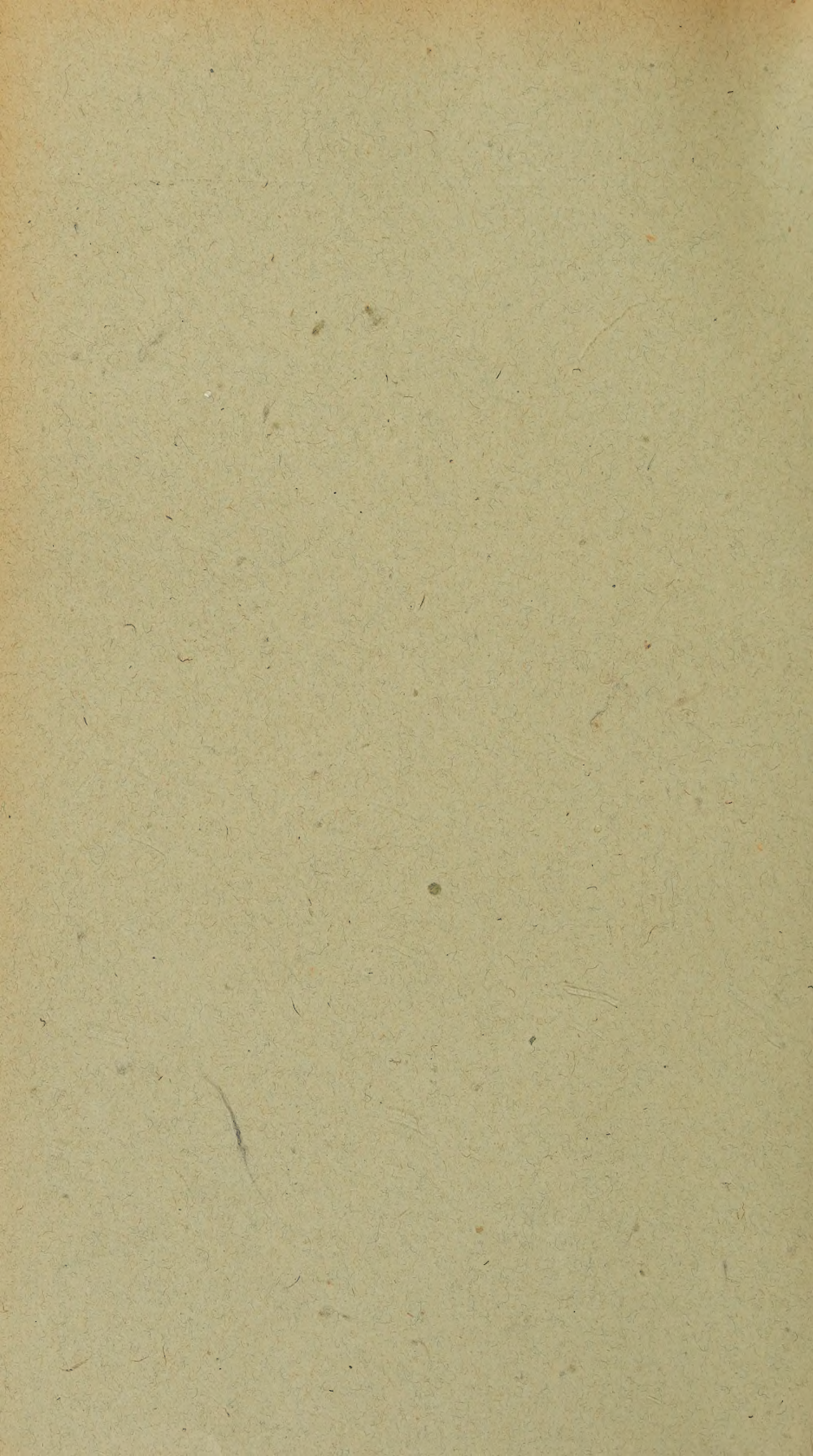
Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3. Rue Ferdinand-Fabre, 3.

1919



LE REIN

DANS

LA GRIPPE ÉPIDÉMIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

LE REIN

DANS LA

GRIPPE ÉPIDÉMIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 février 1919

PAR

André POIRIER

Né à Ducey (Manche), le 15 juin 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*.

BOSC, professeur.

EUZIERE, agrégé.

JEANBRAU, agrégé libre.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale.	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.	PRUC (O *).
Physiologie.	HEDON (*).
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DU CAMP (*).
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRET (*).
Anatomie pathologique.	MASSABRAU (*).
Chimie médicale.	DERRIEN.
Microbiologie.	N.

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBRYAN (*), a. l. (c. c.)
Pathologie externe.	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.	DESMONTS, (ch. de c.)
Stomatologie.	BESSON, (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, professeur, président.	MM. EUZIERE, agrégé.
BOSC, professeur.	JEANBRAU, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle s'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

*Expression de ma très vive reconnaissance
et de ma très profonde affection.*

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

PAUL POIRIER

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A. POIRIER

A TOUS MES CAMARADES DU FRONT
A LA MÉMOIRE
DE CEUX QUI SONT MORTS POUR LA FRANCE

A TOUS LES CHEFS SOUS LES ORDRES DESQUELS
J'AI EU L'HONNEUR DE SERVIR PENDANT LA GUERRE :

AU GÉNÉRAL DE CHAMPVALLIER
A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR COSTE

AU COLONEL PRÉAUD

AU COLONEL BAIL

AU COLONEL DE PÉTIGNY

AU COMMANDANT TOURBIEZ

AUX MÉDECINS-MAJORS
HENRY, LECAMUS, MOREAU ET BRIZON

AUX MÉDECINS-MAJORS
CHAPPON ET BERGOUGNAN

AU 13^e RÉGIMENT DE HUSSARDS
AU 241^e RÉGIMENT D'INFANTERIE
AU 109^e RÉGIMENT D'ARTILLERIE
AU 113^e RÉGIMENT D'ARTILLERIE

A. POIRIER.

Le modeste travail que nous avons l'honneur de présenter ici, et pour lequel nous vous demandons d'être indulgent, est une thèse de guerre, faite au cours de nos dernières permissions

Nos études médicales commencées en 1908 furent, en effet, interrompues, au moment même de les terminer, par le grand conflit de 1914.

Pendant les trois premières années de guerre, nous n'avons pensé qu'à nos chers camarades de combat et nous nous sommes borné exclusivement à pratiquer la petite chirurgie d'urgence du champ de bataille.

En 1917, un décret ministériel nous a permis de bénéficier d'une relève temporaire de trois mois, en vertu de laquelle nous avons eu le bonheur d'être affecté, pendant ce délai, comme médecin traitant à l'hôpital complémentaire n° 41, à Rennes. Grâce aux excellents conseils de MM. les docteurs Chappon et Chauvois, nous avons pu ainsi refaire de la clinique médicale. Et lorsque ce délai fut terminé et que nous sommes reparti au front, nous avons décidé d'entreprendre, pendant nos permissions, la fin de nos études.

C'est dans ces conditions que notre dossier fut transféré de l'Ecole de Rennes à la Faculté de Montpellier.

VIII

Dans ces deux villes, nous avons trouvé des professeurs éminents, des maîtres du plus parfait dévouement et des plus soucieux de l'instruction médicale de leurs élèves.

Nous sommes heureux de leur offrir ici l'hommage de notre bien vive reconnaissance.

Nos remerciements iront tout particulièrement :

A M. le professeur Lefeuve, dont nous avons été le préparateur pendant deux années, de 1910 à 1912 ;

A M. le professeur Follet, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, dans le service duquel nous avons rempli les fonctions d'interne pendant six mois ;

A la mémoire de M. le professeur Assicot tombé au champ d'honneur en 1916, et dans le service duquel nous avons rempli les fonctions d'interne et d'externe pendant quelques mois en 1912 ;

A M. le professeur Lemoniet dont nous avons été l'externe pendant une année ;

A MM. les professeurs Bodin, Véron, Castex, Lhuisier, Lautier et aux docteurs Chevreil, Marquis et Hardouin, dont nous avons suivi assidûment les cours ou les cliniques à l'Ecole de Rennes.

Nous adresserons nos remerciements bien affectueux à M. le professeur de pharmacie Caille, chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu de Rennes. Il a bien voulu nous autoriser à travailler à ses côtés, et nous a permis ainsi de nous perfectionner dans l'art de la bactériologie.

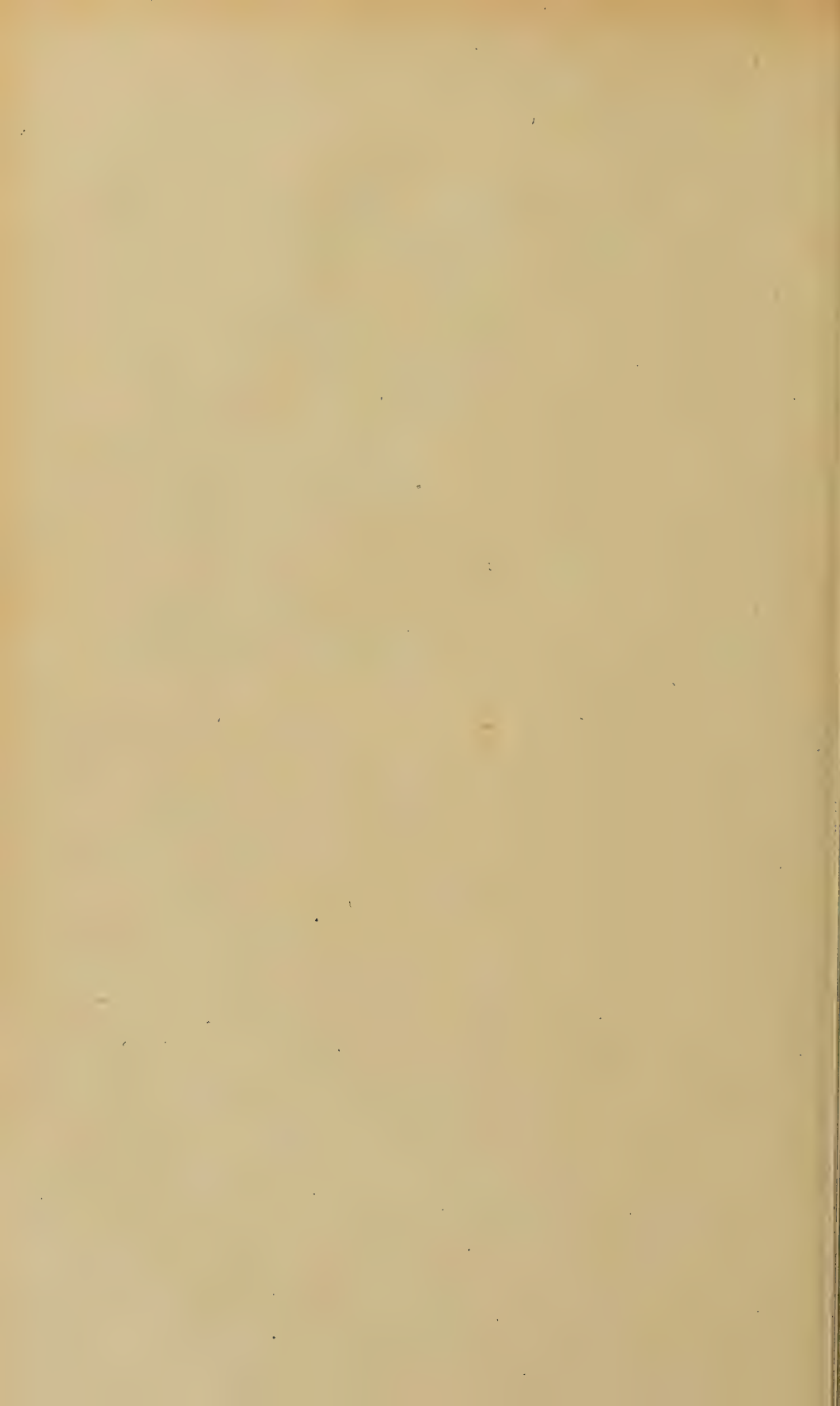
Enfin, nous tenons à offrir l'expression de notre vive reconnaissance au médecin-major Quentin, actuellement au ministère de la guerre. Pendant toutes nos études, et pendant la guerre, il nous a prodigué ses bons conseils.

Grâce à lui, pendant nos premières années d'études

médicales, nous avons eu l'honneur de préparer, à la Faculté des sciences de Rennes, le certificat de licence ès sciences de zoologie. Et à ce sujet nous tenons à remercier bien sincèrement MM. les professeurs Guitel et Bordas de la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée et des excellentes leçons grâce auxquelles ils complétèrent nos connaissances anatomiques.

MM. les professeurs de la Faculté de Montpellier nous ont accueilli pendant nos récentes permissions avec la plus grande bienveillance ; et ayant de quitter la plus vieille Faculté de France, nous tenons à leur exprimer notre respect et notre reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Rauzier de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



LE REIN

DANS LA

GRIPPE ÉPIDÉMIQUE

INTRODUCTION

Nous nous réjouissions, il y a quelques mois à peine, de la rareté des maladies épidémiques durant les quatre années de guerre, et nos services d'hygiène se félicitaient, à juste titre d'ailleurs, des heureux résultats de leur vigilance. La grippe est venue et nous avons cessé de nous réjouir et nos services d'hygiène n'ont plus eu à se féliciter. Nous avons payé bien cher l'erreur qui a consisté à ne pas prendre au sérieux, dès son début, une épidémie qui avait le tort de se présenter sous un nom qui n'effrayait plus personne.

Dès le mois de mai 1918, Chauffard, à la Société médicale des hôpitaux, signalait l'existence de nombreux cas de grippe à forme surtout nerveuse et digestive ; cette grippe, généralement bénigne, existait à l'intérieur et aux armées, et on connaissait aussi son existence dans l'armée allemande. Après Chauffard, de Massary, Netter,

de nombreux médecins du front signalèrent des cas analogues. Il est donc facile de fixer le début de l'épidémie à la fin du mois d'avril 1918. Mais le caractère si bénin de cette grippe fit qu'on ne lui prêta qu'une médiocre attention. L'approche de l'été faisait espérer la prompte disparition de cette épidémie.

Cependant, tandis qu'à chez nous la grippe restait peu grave et relativement rare, une épidémie formidable éclatait en Espagne. Les journaux nous apportaient quotidiennement des détails peu rassurants : c'étaient des familles, des villes entières frappées, un corps médical décimé et dans l'impossibilité de suffire aux besoins de tant de malades, des administrations arrêtées, la vie du pays profondément troublée par la désorganisation des services publics ; c'était l'allure clinique nouvelle et si déconcertante de cette grippe avec ses cas foudroyants, ses formes hypertoxiques, ses pneumonies massives, sa terrible gravité qui déconcertait et déjouait toutes les thérapeutiques.

Vers la fin du printemps, la grippe apparut en Suisse, où elle revêtit très rapidement les mêmes caractères qu'en Espagne. Le pays fut ravagé, la mortalité atteignit un taux formidable, toute la vie publique fut suspendue. Pendant ce temps, nous étions relativement indemnes : certes, il y avait aussi des cas de grippe chez nous, et déjà on remarquait une fréquence anormale des pneumonies et broncho-pneumonies grippales, mais les cas mortels étaient rares et la mortalité générale n'était pas sensiblement augmentée. C'est à ce moment que l'on ramena en France nos soldats internés en Suisse, que l'on rapatria par la Suisse nos prisonniers civils et militaires et qu'on les répandit à travers le pays. Un cri d'alarme avait été jeté cependant et J. Renault, au retour d'une

mission en Suisse, conseilla la prudence en matière de rapatriement ; mais les mesures prises à son instigation étaient insuffisantes et ne furent d'ailleurs pas systématiquement appliquées.

Prisonniers et rapatriés retour de Suisse furent déversés dans tout notre pays, et le résultat ne se fit pas attendre. Peu de temps après leur retour, au cours de ce mois de juillet qui vit leur rentrée en France, l'épidémie s'alluma presque partout à la fois, avec les mêmes caractères de gravité qu'elle avait eus en Espagne et en Suisse.

Netter observa les premiers cas parisiens, au début du mois de juillet, dans une pension de la banlieue, où six enfants furent atteints en même temps. Il en fut de même un peu partout. A Montpellier, l'épidémie débuta dans une caserne et dans une compagnie où avaient été versés, peu de jours auparavant, des rapatriés d'Allemagne. Elle s'étendit très rapidement parmi les militaires, puis gagna la population civile et, au mois d'août, la France à peu près entière payait le tribut que l'Espagne et la Suisse avaient payé avant elle. Il est impossible de dire dans quelle mesure cette calamité eût pu être évitée ; tout ce que l'on peut dire, c'est que l'exemple de l'Espagne et de la Suisse ne nous a en rien servi.

Cette extension si rapide de l'épidémie fut d'ailleurs favorisée par bien des causes : on peut admettre avec Lereboullet que la chaleur et la sécheresse exceptionnelles de l'été 1918 la facilitèrent ; mais, en outre et surtout, « le surpeuplement de toutes les villes de province, de la plupart des stations estivales a été pour beaucoup dans la rapidité avec laquelle l'épidémie a pullulé, et, si on se rappelle le rôle attribué aux moyens de transport dans les précédentes épidémies, on ne peut être surpris

que ceux-ci, tels qu'ils fonctionnent actuellement, aient eu dans l'épidémie actuelle une importance primordiale ».

Quoi qu'il en soit, la France tout entière fut atteinte et l'épidémie se généralisa bien davantage encore : tous les pays d'Europe, les pays d'Afrique, l'Amérique, les Indes furent envahis presque simultanément. Ceci s'explique d'ailleurs sans difficulté, étant donnée la multiplicité des relations que la guerre a établies entre les différents pays du monde et les perpétuels échanges d'hommes, de produits qui se font de l'un à l'autre.

Après avoir duré près de six mois, l'épidémie de grippe paraît en ce moment en décroissance. Si les cas sont encore nombreux, les formes graves deviennent plus rares, et l'épidémie finit comme elle a commencé, par des cas plutôt bénins. Mais des retours offensifs se produisent çà et là de temps à autre, assez souvent pour nous faire comprendre que la virulence du germe n'est qu'endormie et ne demande qu'à se réveiller.

Parmi les très nombreux cas de grippe qu'il nous a été donné d'observer, nous avons été frappé par certains dans lesquels le rein était touché à des degrés variables et sous des formes diverses. La symptomatologie et les caractères de la maladie ont été soigneusement étudiés, et tous les auteurs ont souligné la fréquence des complications rénales. Mais il nous semble intéressant d'approfondir un peu plus ce côté de la question où tout n'est pas encore éclairci. En intitulant ce travail : « Le rein dans la grippe épidémique », nous n'avons pas eu la prétention d'épuiser la question. Mais nous avons voulu étudier toutes les modalités du retentissement de la grippe sur le rein en montrant comment les lésions ou le simple trouble fonctionnel de ce dernier organe,

conséquences de l'infection grippale, modifient le tableau et l'évolution de cette infection. Les quelques réflexions que nous ferons à ce sujet serviront de cadre à toute une série d'observations, recueillies dans le service de M. le professeur Rauzier par Mlle Giraud qui a bien voulu nous les confier.

CHAPITRE II

LES DÉTERMINATIONS RÉNALES DE LA GRIPPE

Le rein est si fréquemment touché dans la grippe que certains auteurs font de l'albuminurie un des symptômes cardinaux de la maladie. Elle manque souvent cependant, et souvent aussi elle n'existe qu'à l'état de traces. Du reste, les symptômes rénaux jouent dans la maladie un rôle très variable et, à ce point de vue, nous pouvons établir entre eux une classification.

Dans certains cas, l'atteinte rénale ne joue pour ainsi dire aucun rôle dans le tableau clinique de la maladie et il faut la rechercher pour savoir qu'elle existe. On constate alors l'existence d'une albuminurie plus ou moins abondante, traduisant une néphrite légère qui ne donne lieu à aucun autre symptôme, et disparaissant en même temps que la grippe guérit. Il s'agit là d'*albuminuries grippales* analogues à celles que l'on observe dans toutes les maladies aiguës et dues à une atteinte superficielle et passagère du parenchyme rénal.

Dans d'autres cas, on voit se surajouter au tableau clinique de la grippe des signes très nets de néphrite : douleurs lombaires, œdèmes allant parfois jusqu'à l'anasarque, anurie relative, hématuries, dyspnée, vomisse-

ments. Il s'agit alors d'une véritable *néphrite grippale* qui vient compliquer la grippe dont elle est la conséquence.

Enfin, il est des cas où les symptômes rénaux sont d'emblée si prédominants que tout le reste du tableau clinique s'efface devant eux. Ce sont ces cas seulement qui méritent le nom de *formes rénales de la grippe*.

Notre cadre étant ainsi tracé, nous allons étudier successivement, avec des exemples à l'appui, chacune des catégories que nous venons d'établir.

A. — Albuminurie grippale

Extrêmement fréquente, cette albuminurie peut atteindre des degrés élevés. Le taux de l'albumine n'est pas toujours en rapport avec la profondeur de l'atteinte rénale et l'on peut voir des albuminuries de 2, 4, 6 ou 8 grammes qui ne s'accompagnent d'aucun trouble grave et disparaissent sans laisser le moindre reliquat. Une albuminurie élevée traduit en général une atteinte *étendue* mais superficielle du parenchyme rénal, et peut être d'un pronostic beaucoup moins grave qu'une albuminurie beaucoup moindre. Parmi les cas d'albuminurie grippale que nous allons relater, on en verra un certain nombre où la quantité d'albumine atteignait plusieurs grammes ; ceux des malades qui sont morts ont succombé, sans aucun symptôme rénal autre que l'albuminurie, aux progrès de l'infection générale ou aux lésions pulmonaires denses dont ils étaient porteurs ; la plupart ont guéri sans reliquat rénal notable. Au contraire, lors-

que nous rapporterons tout à l'heure des cas de grippe à forme rénale, nous en trouverons dans lesquels la quantité d'albumine était très minime, parfois indosable. Il est important de retenir ce fait que la gravité de l'atteinte rénale n'est pas toujours en rapport avec la quantité d'albumine contenue dans les urines.

L'albuminurie grippale apparaît et disparaît avec une soudaineté frappante. Lorsqu'on examine régulièrement les urines des malades, on peut voir que quelques heures suffisent pour que l'albumine apparaisse en quantité considérable. Nous relaterons quelques faits où des albuminuries variant de 2 à 5 grammes sont apparues brusquement pour s'en aller de même. Ce fait, qui n'avait pas été jusqu'ici observé avec une semblable netteté, sera illustré tout à l'heure par quelques observations fort intéressantes à ce point de vue. Il nous montre que l'atteinte rénale est une véritable et brutale agression ; il nous montre surtout ce fait plus intéressant encore que cette atteinte, quelque massive qu'elle paraisse, est superficielle puisque toute l'albumine peut disparaître d'un seul coup brusquement.

Ces quelques données générales étant posées, nous allons maintenant passer à l'étude détaillée de quelques observations.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à Mlle M. Giraud. Service de M. le professeur-Rauzier)

Grippe grave avec albuminurie légère. — Guérison.

C... Louis, trente-deux ans, entre, le 4 août 1918, dans le service de M. le professeur Rauzier, venant de l'Ecole des mutilés où sévit une épidémie de grippe grave. Sa maladie a débuté brusquement, huit jours auparavant, par des frissonnements légers répétés, de la céphalée violente accompagnée de courbature générale, une élévation thermique immédiate au voisinage de 39.

C... tousse depuis le début et a des crachats rouillés ; mais il n'a ni point de côté ni dyspnée. Il a quelques douleurs thoraciques diffuses et sa voix est rauque et voilée. Il n'a aucun appétit : il n'a pas eu de vomissements ni de nausées et il est très constipé. Pendant les deux premiers jours, il a eu de violentes douleurs abdominales sans localisation, actuellement disparues. Il souffre encore de douleurs dans les membres et de céphalée ; son sommeil est mauvais, troublé de cauchemars. Il a eu à plusieurs reprises des épistaxis abondantes. Sa température est de 40°4 le jour de son entrée à l'hôpital. Il urine un litre à un litre et demi par jour et ses urines contiennent 0 gr. 30 d'albumine par litre. Il n'a eu ni hématurie ni œdèmes.

On ne relève aucune maladie dans ses antécédents. Blessé, il y a dix-huit mois, dans la région lombo-sacrée, il garde une impotence fonctionnelle relative et a de la peine à s'asseoir.

A l'examen, on trouve un peu d'obscurité sans matité.

à la base droite du thorax et quelques râles de grosse bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. Le cœur est suffisant, la tension normale. La langue est sale et un peu sèche, la gorge rouge ; l'abdomen est normal, il n'y a pas d'augmentation du foie ni de la rate, les reins ne sont pas perceptibles. Il n'y a rien du côté du système nerveux.

L'aspect général est celui d'une infection grave : les lèvres et la langue sont fuligineuses, il y a de la cyanose des pommettes et des extrémités ; le malade, qui ne délire pas est inquiet, angoissé, en proie à un malaise profond et qu'il ne sait définir.

On lui donne trois bains par vingt-quatre heures, à 32 degrés, et des injections d'électrargol et d'huile camphrée ; on lui prescrit en même temps une potion expectorante, une potion tonique à la kola et des cataplasmes sinapisés.

Dans les jours suivants, la situation reste grave mais l'albumine n'augmente pas et aucun phénomène rénal n'apparaît. Un foyer de broncho pleuro pneumonie apparaît à la base droite, puis disparaît au bout de quarante-huit heures. Le 8 août, la température descend brusquement à la normale. Le pouls est bon à 64, des signes thoraciques ont disparu, les urines ne contiennent plus d'albumine.

Le 10 août, le malade se trouve tout à coup dans l'impossibilité d'uriner. Sondé le soir, sa vessie contenait près de deux litres d'urine d'aspect normal et non albumineuse. L'urée du sérum est de 0 gr. 42, par litre. Les réflexes et les pupilles sont normaux. Pendant trois jours on a dû sonder le malade, puis tout est rentré dans l'ordre.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Il s'agit d'une grippe sévère, se traduisant par un tableau d'intoxication générale sans localisations très marquées. Elle s'accompagne d'une néphrite légère que rien cliniquement ne révèle, sauf la présence d'une petite quantité d'albumine dans les urines. Cette albuminurie disparaît complètement à la guérison du malade. Quant à la paralysie vésicale constatée par la suite, elle n'avait aucun rapport avec une lésion rénale quelconque ; l'albuminurie n'a pas reparu à ce moment là et l'urée du sérum était normale. Elle a été observée depuis à plusieurs reprises au cours de la grippe, et en particulier au début de sa convalescence, dans le service de M. le professeur Rauzier. C'est là un fait intéressant dont la pathogénie reste assez obscure.

OBSERVATION II

(Due à Mlle M. Giraud. Service de M. le professeur Rauzier)

Grippe grave avec albuminurie (2 gr.). — Guérison.

C... François, vingt six ans, cultivateur, entre, le 1^{er} juillet 1918, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, lit n° 23. Brusquement, il y a quatre jours, il a été pris d'un frisson avec point de côté droit et fièvre. En même temps, il était pris de céphalée violente et de douleurs dans tous les membres avec courbature prononcée.

La température s'éleva d'emblée à 39°5 et s'est maintenue depuis entre 39 et 40.

C... tousse un peu, a quelques crachats rouillés et de la gêne respiratoire très marquée. Il n'a aucun appétit

mais ne présente pas de troubles digestifs et en particulier pas de vomissements. Les urines contiennent deux grammes d'albumine, mais en dehors de cela, il n'existe chez lui aucun symptôme de néphrite. La céphalée a disparu, mais la courbature persiste. Le sommeil est mauvais.

Dans les antécédents on relève une fluxion de poitrine à dix-huit ans et une hémoptysie il y a dix-huit mois.

Le malade est agité mais ne délire pas. La figure est pâle, tirée, les lèvres tremblotantes ; des fuliginosités recouvrent les dents, il y a de la dyspnée et de l'angoisse. L'auscultation, négative en avant, fait entendre en arrière un souffle tubaire très marqué dans les deux tiers inférieurs du côté droit, sans matité ni râles. Le cœur, un peu mou, bat à 108. La langue est sèche, racornie, fendillée. L'abdomen est normal. Les reins ne sont ni perceptibles ni douloureux. Il n'y a pas d'œdèmes.

Le lendemain, le foyer pneumonique occupait toute la hauteur à droite en arrière ; de la matité existait à la base et des râles étaient apparus sur toute la hauteur. Le cœur était mou, la tension artérielle au Potain n'atteignait que 11.

Le 3 juillet, le tableau général restant le même, quelques râles apparaissent à la base gauche. Les urines contiennent toujours 2 grammes d'albumine.

Dans les jours qui ont suivi, l'état général s'est amendé, les signes locaux ont diminué. Le 7 juillet, le malade avait 38 degrés et n'avait plus d'albumine dans ses urines ; il n'y avait plus rien à la base gauche, mais quelques râles et un peu de souffle restaient à la base droite. Le 9 juillet, la température était normale, il n'y avait plus de souffle, et, le 12 juillet, les râles eux-mêmes avaient complètement disparu.

Cette observation nous montre le fait d'une albuminurie assez considérable ne donnant lieu par elle-même à aucun trouble et disparaissant complètement au moment de la guérison du malade. Le point intéressant que nous voulons relever est le moment où a disparu cette albumine. Elle a disparu aussitôt que l'état général s'est amélioré, alors que la fièvre et les signes locaux, quoique atténués, persistaient encore. Cette remarque nous paraît confirmer pleinement ce que nous disions plus haut, à savoir que l'atteinte rénale dans ces cas est une atteinte légère : le fait qu'elle est la première à guérir en est une excellente preuve. Or, nous avons entre les mains plusieurs observations où le même fait est souligné. Il ne s'agit donc pas là d'une remarque isolée et notre constatation n'en a que plus de portée.

OBSERVATION III

(Due à Mlle M. Giraud. Service de M. le professeur Rauzier)

Grippe infectante avec albuminurie passagère et broncho-pneumonie à forme asphyxique. — Mort.

T... Alphonse, vingt-huit ans, charretier, entre, le 13 septembre 1918, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, n° 36. Il est malade depuis sept jours et a été pris brusquement, au cours d'une bonne santé, de frissons, de douleurs aux deux bases, de céphalée et de courbature. Il a de la fièvre oscillant entre 39 et 40 degrés depuis le début, touse, émet une expectoration peu abondante, purulente et rouillée. La gêne respiratoire est assez marquée. L'appétit est nul, il y a quelques nausées mais pas de vomissements, et une cons-

tipation légère. Les urines, peu abondantes mais claires, contiennent 1 gr. 50 d'albumine par litre.

Le malade est un peu agité, ne dort pas. C'est un garçon d'aspect robuste qui n'a jamais eu aucune maladie et qui travaillait dans une équipe de vendangeurs où la grippe a atteint presque tous les journaliers.

L'auscultation fait entendre des ronchus disséminés et un foyer de broncho-pneumonie très net à la base droite (souffle et râles). Le cœur est peu énergique et bat à 96. Les lèvres sont fuligineuses, la langue est sèche. Il n'y a pas d'œdème périphérique. L'abdomen est d'aspect normal, mais le foie déborde légèrement les fausses côtes.

On prescrit des cataplasmes sinapisés, de l'huile camphrée, une potion à l'ipéca.

Le lendemain, la température est toujours à 40° degrés. La dyspnée est vive, la face est légèrement cyanosée. Le cœur est très mou (pouls = 108). Le foyer de broncho-pneumonie de la base droite s'est étendu sur toute la hauteur en arrière, et il existe à la base gauche du souffle et quelques râles très fins. L'état général est celui d'une infection sévère. On ordonne trois bains à 32 degrés, des injections d'électrargol et on porte la dose d'huile camphrée à 30 centimètres cubes.

Le 16 septembre, l'état s'est un peu modifié, le cœur est meilleur, la dyspnée moindre.

Le 17, l'énergie cardiaque est assez bonne, le malade est moins dyspnéique et plus calme, la cyanose a beaucoup diminué. L'état thoracique est stationnaire, l'aspect général est meilleur, *les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.*

Le 18, on trouve le malade très cyanosé, respirant très difficilement. Il existe du souffle et des râles fins sur

toute la hauteur des deux poumons en arrière et aux deux bases en avant. Le cœur est très mou, arythmique. *L'albuminurie n'a pas reparu* Dans la journée, la cyanose et la dyspnée augmentent, le cœur lâche complètement et, le soir, le malade meurt brusquement. Dans la journée, une saignée de 250 centimètres cubes avait été faite et le dosage de l'urée du sérum donnait 0 gr. 55 par litre.

Nous avons relaté cette observation pour montrer que, même dans les formes graves, l'atteinte rénale peut rester légère et ne contribuer en rien ni à la symptomatologie ni au pronostic. Ce malade avait fait de l'albuminurie grippale qui a disparu au moment d'une amélioration de tous les symptômes ; cette amélioration ne fut que passagère et la maladie a très rapidement repris sa marche envahissante, mais le rein a bien résisté puisque l'albumine n'a pas reparu. D'une façon générale, — et toutes les observations publiées semblent le prouver, — la présence de l'albumine traduit une infection sévère. Cependant, cette remarque n'a rien d'absolu ; on trouve parfois de l'albumine dans des grippes légères, on peut n'en pas trouver dans des grippes graves. Et l'albumine que l'on trouve ne traduit pas toujours une lésion rénale profonde. Nous avons voulu citer les observations précédentes afin de baser plus sûrement la remarque que nous voulons faire : à savoir que ce n'est pas l'albuminurie à elle seule qui donne un bon élément de pronostic.

Une des particularités de cette albuminurie grippale est la soudaineté de son apparition et de sa disparition. On sait que la néphrite, qui vient souvent compliquer les maladies aiguës, s'installe en général d'une façon brutale. Mais il est rare de voir une albuminurie considérable apparaître en quelques heures et surtout disparaître

de même, pour ainsi dire d'un seul bloc ; en général, la disparition, même quand elle est rapide, ce qui est fréquent, est progressive. Dans la grippe, on a pu observer plusieurs fois cette soudaineté, qui fait penser que l'albuminurie est due soit à une lésion rénale superficielle et rapidement curable, soit à une véritable poussée fluxionnaire du côté de cet organe. Il y a là un côté de la question qu'il serait intéressant d'étudier. Nous allons citer trois observations où cette particularité a été notée. Elles nous montrent qu'il serait intéressant de rechercher l'albumine chez les grippés tous les jours et même deux fois par jour si on le peut. Une courbe de l'albumine donnerait certainement des indications très intéressantes.

OBSERVATION IV

(Due à M^{ll} M. Giraud. Service de M. le professeur Rauzier)

*Grippe grave avec broncho-pneumonie. — Albuminurie soudaine et passagère
Guérison.*

N... Lorente, vingt-sept ans, ouvrier espagnol, entre, le 12 août 1918, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, n° 25. Il parle à peine français et ce n'est qu'à grand'peine qu'on obtient les renseignements suivants : il est malade depuis huit à dix jours, et sa maladie a débuté par des vomissements qui ont maintenant cessé. Il a eu des frissons légers au début, toussé et craché beaucoup, souffre des deux côtés du thorax et a de la peine à respirer. Il n'a pas eu de crachats rouillés. La voix est rauque, enrouée, depuis le début.

Sa température est de 38°6. Il s'alimente peu, mais ne

présente aucun trouble digestif. A l'examen, on trouve un malade dyspnéique, à la face d'une pâleur cyanique, aux lèvres et aux mains tremblotantes, qui a l'aspect d'un grand infecté. L'auscultation fait entendre, en avant, des râles fins aux deux bases, sans matité ; en arrière, un foyer avec souffle et râles à la base gauche, des râles à la base droite. Le cœur est mou, rapide. La langue est sale, un peu sèche, l'abdomen est normal. Il n'y a rien du côté du foie ni de la rate.

Les urines, examinées le 12 au soir, à l'entrée du malade, ne contiennent pas d'albumine. Le lendemain matin, une erreur de lit les fait examiner à nouveau et on constate la présence d'un gramme d'albumine. Les deux examens avaient été faits par la même personne avec le même soin. Le malade n'avait pas d'œdèmes ni de troubles urinaires très marqués.

Le 15 août, l'état général restait stationnaire, les urines contenaient encore un gramme d'albumine.

Le 16 août, au matin, les urines ne contenaient plus que des traces extrêmement légères d'albumine. L'état du malade s'était peu modifié. Dans les jours suivants, il s'est amélioré peu à peu et la guérison a été complète.

Dans cette observation, la quantité d'albumine était relativement peu abondante. Mais on peut noter la même soudaineté d'apparition et de disparition avec des albuminuries beaucoup plus considérables. Nous rapporterons encore deux observations où la quantité d'albumine a été de 2 grammes pour l'une et de 5 grammes pour l'autre.

OBSERVATION V

(Due à M^{lle} M. Giraud, Service de M. le professeur Rauzier)

Grippe avec broncho-pneumonie. — Albuminurie (2 grammes) à apparition et disparition brusques.

L. Vincent, vingt-sept ans, voyageur de commerce, entre, le 17 septembre 1918, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, n° 11. Il est malade depuis huit jours. Au début, il a eu de la céphalée, de la courbature et des frissons, mais n'a pas eu de point de côté.

Actuellement, il ne souffre de rien ; il tousse peu, ne crache guère et son expectoration est muco-purulente. Il n'a pas de dyspnée. Il n'a pas d'appétit, mais ne présente aucun trouble digestif. Jusqu'ici il a toujours été bien portant.

Sa température atteint 39°4. Ses urines ne contiennent pas d'albumine.

A l'auscultation, on trouve un cœur bon, une respiration un peu rude en avant ; en arrière, il y a de la submatité à la base droite et un souffle intense et rude au même niveau, sans râles.

La langue est sale, rouge à la pointe et sur les bords. L'abdomen n'est pas ballonné. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume, l'espace de Traube est normal.

Le lendemain, 18 septembre, les urines contenaient deux grammes d'albumine. Il s'était écoulé exactement quinze heures entre les deux émissions qui avaient été analysées.

Le 20 septembre, le malade avait 38°6 et se sentait bien. Les urines contenaient toujours deux grammes d'albumine. Il n'y avait pas d'autre symptôme rénal.

Le lendemain matin, dix-sept heures après l'examen de la veille, il n'y avait plus que des traces d'albumine dans les urines. Le malade a eu encore de la fièvre jusqu'au 26 septembre, date à laquelle la température est tombée définitivement. Les signes d'auscultation à la base droite ont persisté quelques jours encore.

OBSERVATION VI

(Due à Mlle Giraud)

Grippe intense. — Albuminurie (5 gr.) à apparition et disparition brusques

B... P., trente-quatre ans, est allé, la veille de Noël, à la messe de minuit, bien qu'étant très enrhumé et se sentant déjà mal à l'aise. Dans la nuit, il a eu des frissons et le lendemain matin sa température était de 39°4. La céphalée était violente, il y avait des douleurs aiguës dans tous les membres, le malade était anéanti, absolument prostré. Il toussait peu, ne crachait guère, et l'expectoration était surtout muqueuse. Il n'avait ni point de côté ni dyspnée. L'appétit était nul, la bouche sèche ; il y avait des nausées, mais pas de vomissements.

A l'examen, on trouvait un malade robuste, — qui n'avait du reste jamais été malade jusque-là, — mais souffrant beaucoup et très déprimé. L'auscultation ne faisait entendre que des râles de grosse bronchite ; le cœur était bon. La langue, un peu sèche, était sale ; la gorge rouge mais sans gonflement ni exsudat. L'abdomen était normal.

Il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

Pendant les trois jours suivants, l'état est resté stationnaire ; les douleurs vives du début se sont calmées,

mais des foyers de sous-crépitaux sont apparus aux deux bases et le cœur est devenu un peu mou. Il y a eu un peu de rouille dans les crachats, une légère dyspnée. Les urines, revues le 29 décembre dans la soirée, ne contenaient pas d'albumine. Le 30 décembre, un nouvel échantillon est prélevé ; il contenait cinq grammes d'albumine. Les urines étaient peu abondantes, mais il n'y avait ni hématurie, ni œdèmes.

L'état général du malade est resté sérieux quelques jours, puis s'est amendé. Les urines, revues tous les jours, contenaient toujours une quantité d'albumine voisine de cinq grammes. Le 3 janvier, alors que l'échantillon prélevé la veille contenait un peu plus de cinq grammes, on ne trouvait plus d'albumine ; il n'y avait même pas de traces bien apparentes.

Quelques jours après, le malade était complètement guéri.

Il serait facile de multiplier les observations. Nous nous en tiendrons à ces six que nous avons choisies parmi beaucoup d'autres et qui schématisent très bien, nous semble-t-il, tout ce que l'on peut remarquer à propos de l'albuminurie grippale. On ne peut en aucune façon se baser sur l'albumine pour établir un pronostic. Même abondante, elle peut disparaître complètement et très rapidement. Nous verrons tout à l'heure des cas où des troubles bien plus graves ont été accompagnés d'une albuminurie beaucoup moindre que celles dont nous venons de parler. Dans tous ces cas où l'albuminurie ne s'est accompagnée d'aucun symptôme rénal, il n'y a pas eu de signe d'insuffisance de cet organe. Dans les observations que nous avons sous les yeux, les analyses d'urines ne présentent rien de bien spécial et sont analogues

à celles que l'on trouve dans toutes les infections aiguës ; lorsque l'urée sanguine a été recherchée, elle s'est montrée normale ou peu élevée.

Abordons maintenant l'étude de quelques cas où l'on a pu observer une véritable néphrite grippale et où la symptomatologie rénale a pris ainsi dans le tableau de la maladie une place de premier rang.

B. — Néphrite grippale

En séparant, comme nous le faisons, l'albuminurie grippale de la néphrite grippale, nous ne voulons point signifier que l'albuminurie dont nous venons de parler n'est pas due à une néphrite. Nous avons déjà indiqué les raisons de notre classification, mais nous tenons à y revenir au début de ce chapitre, afin de ne point laisser subsister d'équivoque. Dans des observations telles que celles que nous venons de rapporter, on trouve une albuminurie plus ou moins considérable, mais qui ne s'accompagne d'aucun autre signe de néphrite ; cette néphrite existe cependant et l'examen du dépôt urinaire le montre de façon très nette. M. le professeur Derrien a examiné le dépôt des urines de presque tous les malades dont nous parlons et a trouvé chaque fois quelques cylindres granuleux et hématiques et quelques globules rouges. Il a bien voulu nous dire qu'il avait trouvé des résultats analogues dans presque tous les cas de grippe avec albuminurie qui avaient été soumis à son examen. Il y a donc bien, même dans les cas que nous étiquetons albuminurie grippale, de la néphrite grippale,

mais cette néphrite, dans ces cas, ne trouble pas assez le fonctionnement du rein pour provoquer la symptomatologie complète de la néphrite ; elle est superficielle peut être ou plus probablement *parcellaire*, et nous avons montré par des exemples qu'elle peut se rencontrer dans des grippes légères comme dans des grippes graves. Elle mérite donc d'être séparée, au point de vue clinique, des formes plus complètes et plus graves que nous allons étudier maintenant. Jusqu'à l'épidémie de 1918, on a pu dire que la néphrite est une complication exceptionnelle de la grippe ; une des particularités cliniques de cette dernière épidémie est, au contraire, la fréquence des complications rénales. Mais de ces complications, la plus fréquente de beaucoup est l'albuminurie grippale ; il est relativement rare de trouver les grands symptômes de la néphrite. Ceux-ci peuvent apparaître soit pendant le cours de la maladie, soit pendant la convalescence alors que, durant quelques jours, on a cru le malade guéri. Ils viennent aggraver singulièrement la maladie et assombrir beaucoup le pronostic. Ils prennent même parfois une importance si prépondérante qu'ils paraissent constituer à eux seuls toute la maladie. Ces cas réalisent alors une véritable « forme rénale » de la grippe dont nous ferons une catégorie à part, tant leur symptomatologie est dominée par les troubles rénaux.

Le tableau de la néphrite apparaît parfois brusquement ; mais si l'on examine quotidiennement les urines des malades atteints de grippe, on voit qu'il peut souvent être précédé de quelques jours par l'apparition de l'albumine en plus ou moins grande quantité et de cylindres. L'examen fréquent des urines, en permettant de dépister l'albumine dès son début, permettra souvent d'éviter l'apparition de troubles plus graves.

Quoi qu'il en soit, on s'aperçoit un beau matin que le malade présente un peu d'œdème : il s'agit simplement parfois d'un peu de bouffissure faciale ; d'autres fois, c'est par les extrémités des membres que débute l'enflure. Dans certains cas intenses, l'œdème devient de l'anasarque, et nous rapporterons tout à l'heure une observation très nette à ce sujet.

En outre, la quantité des urines diminue, et ce trouble va parfois jusqu'à l'anurie complète pouvant durer un ou deux jours ; des hématuries peuvent s'observer et la présence d'une certaine quantité de sang dans les urines n'est point chose rare.

Des vomissements répétés se produisent. La dyspnée s'installe ou redouble si elle existait déjà. Le délire se montre souvent et des crises comitialiformes peuvent se produire. L'accentuation de tous ces signes produira ce que nous avons appelé la *forme rénale* de la grippe qui s'accompagne toujours d'insuffisance rénale notable et d'urémie.

Nous allons maintenant citer quelques exemples de néphrite grippale.

OBSERVATION VII

(Due à Mlle M. Giraud. Service de M. le professeur Rauzier)

Grippe avec broncho-pneumonie. — Néphrite (œdèmes, anurie relative, hématurie). — Mort.

B... Raoul, trente ans, voyageur de commerce, entre, le 10 septembre 1918, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, lit n° 23. Sa maladie a débuté très brusquement, il y a huit jours, par des frissons et un point de côté droit. Il tousse depuis, émet des crachats rouil-

lés, a un peu de dyspnée. Il a vomi plusieurs fois et vomit encore de temps en temps. Il souffre un peu du ventre et est constipé. La céphalée violente qu'il a eue les premiers jours est calmée maintenant, mais il garde de la courbature et des douleurs dans tous les membres. Le sommeil est mauvais, agité de cauchemars. La transpiration est abondante. Depuis le début, la fièvre oscille entre 39 et 40 ; le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, le thermomètre a marqué 40°4.

B... est un individu robuste qui n'a jamais été malade jusqu'ici. Il est un peu dyspnéique, ses lèvres sont violacées, sa face pâle. L'auscultation fait entendre en avant un souffle tubaire avec râles dans la région mamelonnaire droite où il y a aussi un peu de matité ; en arrière, il y a du souffle et des râles à la base droite et quelques râles fins à la base gauche, sans matité. Le cœur est suffisamment énergique (pouls = 92).

La langue est sale, la gorge rouge. A l'abdomen, rien d'anormal ; le foie et la rate ne sont pas augmentés. Les reins ne sont pas perceptibles, il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, mais *les urines contiennent 1 gr. 50 d'albumine*. Tout le reste de l'examen est normal.

Le lendemain, le malade est un peu cyanosé, il y a de l'œdème pré-tibial et, bien que B... n'ait pas uriné depuis la veille, la vessie ne contient pas d'urine.

13 septembre. — L'anurie persiste depuis trente-six heures, la vessie est toujours vide ; l'œdème est assez marqué aux membres inférieurs. Le cœur est un peu mou (pouls = 104), la température reste à 40 degrés, du souffle est apparu à la base gauche.

14 septembre. — Le malade a rendu hier soir environ 100 grammes d'urines rougeâtres qui, à l'examen, contiennent du sang. Elles contiennent aussi de nombreux

cylindres de toutes sortes. Dans la journée, il présente une courte crise comitialiforme. On fait une saignée, et la recherche de l'urée du sérum montre qu'il en existe 1 gr. 33 par litre.

15 septembre. — Cyanose très marquée. Le premier bruit cardiaque ne se perçoit pas du tout, le second se perçoit à peine. Les râles occupent toute l'étendue des deux poumons. La dyspnée est considérable. Il n'y a pas eu de nouvelle crise comitialiforme, mais dans la journée le malade entre dans le coma et meurt le soir même.

On voit en quoi cette observation diffère de celles que nous avons rapportées plus haut. Dans les premières, l'existence d'une néphrite eût pu passer inaperçue si l'examen des urines n'avait pas été systématiquement pratiqué. Dans celle-ci, il existe tout un tableau symptomatique qui impose, pour ainsi dire, le diagnostic à l'esprit. Tandis que, dans nos observations d'albuminurie, il ne semble pas que le pronostic ait été très aggravé par l'existence de la néphrite, on voit combien l'état de ce dernier malade est devenu plus grave dès que les signes de néphrite sont apparus. Il est possible que nous n'ayons pas eu à déplorer cette évolution si le malade était entré tout de suite à l'hôpital ; il avait déjà de l'albumine à son arrivée et se soignait depuis huit jours chez lui sans avoir fait examiner ses urines et sans prendre aucune précaution de régime.

OBSERVATION VIII

(M^e M. Giraud. Réunion médico chirurgicale de la XVI^e région,
janvier 1919.)

*Grippe avec bronchite diffuse. — Anasarque. — Cylindrurie sans albuminurie.
Guérison.*

M... Gum., quarante-six ans, journalier espagnol, entre, le 7 octobre 1918, dans le service de M. le professeur Razzier, salle Bichat, n° 24. Il est malade depuis huit jours et a été pris brusquement de dyspnée, de douleurs thoraciques, surtout marquées du côté droit, de toux et d'expectoration rouillée ; en même temps, une céphalée violente apparaissait ainsi que de la courbature. Le malade tousse beaucoup et, deux jours avant son entrée à l'hôpital, aurait craché une assez grande quantité de sang. Il n'a pas d'appétit, mais n'a présenté aucun trouble digestif. Sa température est restée élevée pendant plusieurs jours, mais depuis le 5 octobre elle n'a pas dépassé 37°7. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le malade ne nous signale pas d'autre antécédent pathologique que des bronchites à répétition et de la dyspnée d'effort habituelle. Il n'est pas éthylique.

A l'examen, on constate un certain degré de cyanose. Le thorax est voussuré, la matité cardiaque a disparu. En avant, il n'y a pas de matité ; la respiration est très obscure des deux côtés, mais surtout à gauche ; il y a des râles disséminés des deux côtés. En arrière, on retrouve les mêmes signes sans matité, mais il y a en plus quelques sous-crépitaux discrets aux bases.

Le cœur est suffisant, régulier. Il n'y a pas d'œdèmes.

La langue est très sale. L'abdomen est normal, mais le foie dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes.

L'examen du système nerveux est normal.

Le 10 octobre, le malade, qui n'a plus de fièvre et va bien par ailleurs, s'aperçoit que ses jambes sont un peu enflées. Les urines, revues, ne contiennent pas d'albumine. Le cœur est bon. La fièvre a complètement disparu. L'auscultation ne fait plus entendre que quelques sibillances.

Le 15 octobre, l'œdème est devenu de l'anasarque. Le malade est bouffi jusqu'aux yeux, malgré qu'il ait été mis dès le 10 au régime lacté absolu. La dyspnée et la cyanose sont accentuées. Il n'y a pas d'albumine dans les urines, mais l'examen du dépôt montre « quelques rares cylindres : un cylindre hyalin, un cylindre granulo-hématique, quelques petits amas d'hématies, quelques rares cellules rénales granuleuses ». (M. le professeur Derrien.) Il y a donc une légère néphrite, et le rein, bien que ne faisant pas d'albumine, retient les chlorures et retient aussi un peu l'urée, car il y a dans le sérum sanguin 0 gr. 66 d'urée par litre.

Le cœur est peu énergique, il y a du galop très net. T. Mx au Pachon est de 14,5, T. Mn de 9,5.

Le 17 octobre, l'œdème a encore augmenté, le malade peut à peine ouvrir les yeux. Il urine peu, bien que depuis deux jours il prenne de la digitaline. Il n'y a toujours pas d'albumine. Le foie est gros, quelques râles de stase s'entendent aux deux bases.

19 octobre. — Même état. Urée du sérum : 0 gr. 49.

Malgré les diurétiques, les urines restent peu abondantes.

23 octobre. — Amélioration notable. La quantité

d'urine atteint 2 litres et demi, les œdèmes diminuent.

Au bout de quelques jours, l'anasarque avait entièrement disparu, et le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

Cette observation est excessivement intéressante par un point en particulier : l'absence d'albumine, alors que l'examen cytologique et les signes cliniques établissaient de façon indiscutable l'existence d'une néphrite. Nous rapporterons tout à l'heure d'autres observations analogues et nous nous étendrons à propos d'elles plus longuement sur ce fait que nous ne faisons maintenant que souligner.

Signalons aussi une autre particularité intéressante, commune d'ailleurs à nos deux observations : la rétention associée des chlorures et de l'urée. Mlle Giraud faisait remarquer à propos de ce cas, à la Réunion médico-chirurgicale de la XVI^e région, combien il est rare de rencontrer à l'état de pureté le syndrome chlorurémique et le syndrome azotémique. Elle a eu l'occasion de montrer, en s'appuyant sur de nombreux dosages, qu'il ne s'agit pas en général d'un syndrome *pur*, mais bien d'un syndrome *prédominant* (Th. Montpellier, 1917). Dans ces deux cas nouveaux, la même observation s'impose : le premier, dans lequel il y a une rétention urémique considérable, comporte aussi un certain degré de rétention chlorurée que traduisent les œdèmes ; dans le second qui, cliniquement, est un cas de rétention chlorurée typique, il existe, au point de vue chimique, une légère rétention azotée associée.

Nous nous arrêtons ici quant à ce qui concerne la néphrite grippale. Il serait aisé de multiplier les cas à l'infini, mais nous préférons nous borner volontairement

à quelques cas soigneusement choisis pour mettre en évidence certaines particularités intéressantes.

C. — Forme rénale de la grippe

Nous réservons cette dénomination, avons-nous dit, aux cas où la symptomatologie rénale est si bruyante qu'elle masque complètement tout le reste du tableau clinique. Parfois même, la grippe frappe d'emblée le rein si brutalement que l'on ne trouve pas toujours la cause des accidents graves que l'on observe. Ce que l'on a appelé forme rénale de la grippe est le plus souvent de l'urémie d'origine grippale. Cette urémie peut éclater dès le début de la maladie, ou apparaître en même temps que les premiers symptômes et rendre ainsi le diagnostic causal bien difficile ; elle peut encore apparaître au cours de la maladie confirmée, ou enfin au cours de la convalescence. Elle peut être précédée de signes de néphrite, mais elle peut aussi survenir sans que rien l'ait fait prévoir, sans même qu'il y ait d'albumine dans les urines ; nous rapporterons un cas de ce genre. Nous choisirons quelques observations destinées à montrer les divers aspects cliniques de cette urémie grippale et les problèmes de diagnostic qu'elle peut soulever.

Parmi ces formes rénales, il faut signaler deux catégories, d'une part l'*urémie grippale* proprement dite, et d'autre part l'*œdème pulmonaire suraigu*. Ce dernier syndrome présente un aspect très spécial et sa nature n'est pas complètement élucidée : il a été bien

observé et décrit par Ravaut dans la région de Marseille, mais tous ceux qui ont eu à soigner des grippés le connaissent bien pour l'avoir assez souvent rencontré. C'est un syndrome à évolution rapide, presque foudroyante, qui tue parfois en quelques heures des sujets robustes, au milieu d'un état de cyanose et d'asphyxie qui a beaucoup impressionné le public et lui a fait prononcer les mots de choléra et de peste. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'excellente description de Ravaut : « Le plus souvent brusquement, parfois après quelques jours de malaise, un individu, jeune, vigoureux, et jusqu'à bien portant, est atteint de fièvre et de congestion pulmonaire. La température monte très rapidement à 40 degrés et même plus. Aussitôt apparaissent les accidents pulmonaires : d'abord sous forme d'une petite toux sèche, incessante, s'accompagnant de sensation de brûlure dans la gorge et la région rétro-sternale ; l'expectoration est mousseuse, aérée, quelquefois d'une teinte rose saumonée, mais le plus souvent striée de sang. Les crachats sont très abondants et, chez plusieurs malades, la sérosité suintait continuellement de la bouche, formant de grandes taches rosées sur les draps comme si un liquide coloré y avait été répandu. A ce stade, l'examen microscopique révèle dans l'expectoration de nombreuses cellules de l'endothélium pulmonaire. L'auscultation des poumons montre au début des signes de bronchite banale ; très rapidement, des râles crépitants apparaissent aux deux bases, puis augmentent de densité, et envahissent de bas en haut les deux tiers inférieurs des poumons. D'autres fois, on constate une obscurité respiratoire toute spéciale qui ne laisse percevoir que quelques râles sibilants lointains ; pas de murmure vésiculaire, la respiration semble bloquée. La

dyspnée n'est pas en rapport avec l'intensité des phénomènes pulmonaires, mais elle s'intensifie peu à peu. En revanche, apparaissent des signes multiples de la gêne respiratoire : congestion et même cyanose de la face, des lèvres, des oreilles, du cou, des mains. Les hémorragies sont très fréquentes : épistaxis, hémoptysies, otorragies ; chez la femme, les métrorragies sont presque constantes. Ces hémorragies sont parfois extrêmement abondantes et sont suivies d'une telle détente dans l'état du malade qu'elles sont véritablement providentielles.

» En même temps se constatent des phénomènes nerveux : agitation, tremblement, insomnie, subdélire ; le malade présente une euphorie toute particulière.

» Le cœur est rapide en état d'éréthisme, et bat très vigoureusement, permettant de sentir l'aorte derrière le sternum et faisant sauter les sous claviers. Le pouls est bondissant et régulier. La tension artérielle au Pachon est à peine augmentée. Les urines sont claires, quelquefois albumineuses, riches en urée et en phosphates, *pauvres en chlorures*. L'urée sanguine est rarement augmentée.

» En deux ou trois jours, s'ils ne sont pas combattus, ces accidents se précipitent et le malade peut mourir d'asphyxie et d'intoxication : les râles pulmonaires sont de plus en plus étendus, les voies bronchiques s'obstruent, la cyanose augmente, et le malade meurt en pleine connaissance, véritablement asphyxié par cette obstruction mécanique des voies respiratoires. Le cœur résiste le plus longtemps possible et ne cède qu'au dernier moment. » (Ravaut, *Paris médical*.)

Cette description est extrêmement nette et complète et le syndrome clinique est bien caractérisé. Sa patho-

génie reste floue, et nous ferons du reste remarquer à ce sujet que la pathogénie de l'œdème pulmonaire lui-même est, elle aussi, bien mal connue. Ravaut admet qu'il s'agit d'un processus congestif intense se produisant au niveau des poumons « sous l'influence d'un agent ou d'une toxine spécialement congestive ». Autant avouer son ignorance. Il nous paraît tout aussi logique d'admettre avec Dalimier que cette forme œdémateuse est en rapport avec une lésion rénale, puisqu'aussi bien les lésions rénales sont la cause habituelle de l'œdème aigu du poumon. A ceci, on peut faire deux objections : la première est que l'examen des urines ne révèle pas toujours dans ce cas l'existence de l'albumine, la seconde est que l'urée sanguine est rarement augmentée.

A la première, nous répondrons que, dans l'immense majorité des cas, il existe de l'albumine dans les urines des grippés qui font une forme œdémateuse ; en outre, l'absence d'albumine n'est pas une preuve absolue de l'absence d'une lésion rénale ; nous reviendrons un peu plus longuement tout à l'heure sur ce point particulier.

A la seconde objection, nous répondrons que l'œdème aigu du poumon, même d'origine brightique, ne s'accompagne pas toujours de rétention d'urée. Il fait partie du tableau de la rétention chlorurée, et tous les auteurs ont remarqué la pauvreté en chlorures des urines des malades qui font de l'œdème grippal.

Il n'y a donc aucune raison absolue qui s'oppose à ce que l'on considère l'œdème pulmonaire grippal comme d'origine rénale. Mais il est possible que la lésion rénale ne suffise pas à tout expliquer. Faut-il, comme fait Ravaut, incriminer un germe spécial, resté jusqu'ici introuvable ? Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'avoir une opinion ferme. Il est certain

qu'il y a dans quelques formes de la grippe une immense part d'inconnu. Il est un peu humiliant d'avouer, après plusieurs mois de recherches au milieu d'une épidémie, par conséquent avec un matériel clinique considérable, que l'on en est réduit à avouer son ignorance. Mais c'est déjà beaucoup de pouvoir indiquer sur quels points précis elle porte.

Laissant de côté cette question controversée, nous arriverons maintenant à l'urémie grippale qui, elle au moins, rentre dans un cadre clinique connu. Quelle que soit l'époque de leur apparition, au début, au cours ou à la fin d'une grippe, les accidents urémiques éclatent brusquement et bruyamment et couvrent d'emblée tout le reste du tableau clinique. A partir de ce moment, ainsi que l'a très bien dit Dalimier, le malade cesse d'être un grippé pour devenir un rénal. L'urémie peut prendre n'importe laquelle de ses formes habituelles, digestive, respiratoire ou nerveuse. Mais les formes nerveuses sont de beaucoup les plus fréquentes, et c'est un des points caractéristiques à signaler. Nous allons rapporter deux observations, l'une bien classique dans son allure, mais qui nous permettra de soulever une question de diagnostic intéressante; l'autre plus remarquable encore en ce qu'elle nous fournira un exemple d'un cas clinique assez rare qu'il est nécessaire de bien connaître si l'on ne veut pas s'exposer à passer à côté du diagnostic

OBSERVATION IX

(Due à Mlle M. Giraud, Service de M. le professeur Rauzier)

Urémie grippale à forme délirante

M... José, quarante-quatre ans, ouvrier espagnol, entre, le 16 décembre 1918, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, n° 7. Il a été trouvé cette nuit dans la rue par la police et amené à l'hôpital sans aucun renseignement. Il est incapable d'en donner lui-même. Il a l'aspect d'un dément et présente un délire furieux avec agitation extrême. Dès son arrivée, il s'est échappé dans la salle et il a fallu l'attacher pour l'empêcher de quitter son lit.

A l'examen, on trouve un malade très agité, proférant avec volubilité des paroles incohérentes, lançant des coups de poing à droite et à gauche et secouant violemment le lit auquel il est attaché. Le facies est vultueux, congestif, les conjonctives injectées, les yeux exorbités. On ne trouve rien d'anormal du côté du système nerveux, les pupilles se contractent bien, les réflexes sont normaux, il n'y a pas de Kernig, pas de Babinski.

Le malade perd ses urines et ses matières, il n'y a pas de rétention d'urines. On prend à la sonde quelques centimètres cubes d'urine pour analyse : elle contient à peu près 1 gramme d'albumine.

Il n'y a rien aux poumons, ni au cœur. La langue est sèche, un peu sale, l'abdomen normal.

Le malade a un peu de fièvre : 38.

Cet homme présentait donc de l'excitation maniaque

sans autres signes cliniques que de l'albumine et un peu de fièvre. Le diagnostic d'urémie venait à l'esprit, et la fièvre légère présentée par ce malade ainsi que sa qualité d'ouvrier espagnol faisaient songer à une origine grippale : il y avait, en effet, à ce moment-là, de nombreux cas de grippe grave parmi les travailleurs espagnols. Un voisin du malade, venu le voir le lendemain, nous apprit qu'il était malade depuis huit jours, avait eu au début des signes de grippe (toux, crachats rouillés) et avait le délire depuis le premier jour de la maladie ; il avait dû probablement s'échapper de sa chambre au cours d'un accès de délire ; il nous apprit, en outre, que c'était un homme robuste, travailleur et très sobre.

Le dosage de l'urée du sang donna deux grammes par litre. Le lendemain matin, le malade avait 40°2, il avait vomi toute la nuit et il est mort dans la journée.

Il s'agit bien là d'une véritable forme rénale de la grippe, tous les signes de la grippe manquent ou à peu près et, sans les commémoratifs, le diagnostic eût été bien difficile à faire. Le rein a été d'emblée frappé et presque seul frappé. Aussi est-il prudent, en présence des formes délirantes, de faire un dosage de l'urée du sang.

OBSERVATION X

(Résumée)

(Mlle M. Giraud. Soc. méd. mil. de la XVI^e région, janvier 1919.)

Urémie grippale sans albuminurie

L... Charles, trente-deux ans, chauffeur, est apporté, le 28 novembre 1918, à l'hôpital suburbain, service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, n° 20. Il est délirant et ne peut fournir aucun renseignement. Les cama-

rades qui l'ont amené ont dit qu'il était malade depuis treize jours d'une grippe avec congestion pulmonaire bilatérale. Depuis cinq jours, il a le délire, crie, chante, parle et s'agite sans arrêt et a besoin d'une surveillance étroite de tous les instants. Il s'alimente à peine, ne vomit pas, est constipé. Il tousse et, depuis qu'il délire, avale ses crachats, mais il avait eu avant des crachats rouillés. Il n'a pas de dyspnée. Il perd ses urines et ses matières. La température est de 38°5 le soir de l'entrée, 37°9 le lendemain matin.

Examen. — Pupilles normales. Réflexes normaux. Pas de Babinski. Pas de Kernig. Pas de raie de Trousseau.

Pas de rétention d'urines.

Langue sèche, racornie. Fuliginosités sur les dents. Un peu de muguet. Rien à l'abdomen. Foie et rate normaux.

Quelques sibilances à l'auscultation. Cœur rapide, mou. Pouls, 144.

Pas d'albumine dans les urines (traces légères). Les urines contiennent des cylindres granuleux et hématiques.

Ponction lombaire : liquide incolore, pas de réaction cytologique ; albumine, 0 gr. 45 ; chlorures, 7 gr. 7 ; urée, 1 gr. 30.

29 novembre. — Température, 38°. Pouls, 128. Saignée. Lavement purgatif. Délire toujours violent.

Le 1^{er} décembre, le délire diminue. La température est de 38 degrés, le pouls est à 108, la tension artérielle est à 13 (Potain).

3 décembre. — Urée du sérum : 1 gr. 65.

Le délire reprend le lendemain avec une agitation violente que rien ne calme.

6 décembre. — Urée du sérum : 5 gr. 74.

Mort dans la soirée.

Nous avons reproduit cette observation parce qu'elle n'est pas seulement une curiosité clinique. Dans la même communication, Mlle Giraud a rapporté trois autres cas analogues. Il peut donc arriver que l'on ait affaire à des grippes rénales sans que les urines contiennent de l'albumine. Il est important de se le rappeler et de faire un dosage d'urée dans le sang toutes les fois qu'au cours d'une grippe on trouvera des symptômes d'insuffisance rénale, même si les urines ne contiennent pas d'albumine.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Nous serons bref sur ce chapitre, ayant surtout en vue l'étude clinique du rein dans la grippe. Du reste, le traitement des complications rénales au cours des affections aiguës est très connu et il n'a rien de particulier dans la grippe. L'albuminurie simple est justiciable du régime lacté, des boissons diurétiques, des lavements purgatifs. Dans la néphrite et l'urémie grippales, il faut joindre à cette médication les injections de sérum glycosé, de métaux colloïdaux, les toni cardiaques s'ils sont nécessaires et surtout les *émissions sanguines abondantes et répétées*. On ne dira jamais assez combien de malades la saignée a permis de sauver. Cette saignée doit être abondante (500 à 700 grammes) et doit être faite le plus tôt possible, car plus elle est précoce plus elle est efficace. Il ne faut pas craindre de la répéter, parfois tous les deux ou trois jours. Elle amène une détente rapide et remarquable des phénomènes graves et l'on obtient souvent par elle des guérisons inespérées. Il ne faut pas hésiter à la pratiquer chez un grippé aussitôt qu'apparaissent les plus légers signes pouvant faire redouter de l'insuffisance rénale. Pour conclure, nous dirons avec

Ravaut « qu'une saignée même inutile n'est pas dangereuse, que même plusieurs saignées ne déterminent pas plus d'anémie que la maladie livrée à elle-même, alors que s'abstenir ou temporiser, c'est enlever au malade une grosse chance de guérison ».

CONCLUSIONS

I. Une des caractéristiques de l'épidémie de grippe qui règne actuellement est la fréquence des complications rénales, qui étaient auparavant considérées comme rares au cours de la grippe. L'albuminurie est si fréquente qu'elle est presque un symptôme de la maladie.

II. On peut considérer qu'il existe trois modalités principales de l'atteinte rénale : l'albuminurie grippale, la néphrite grippale, l'urémie grippale ou forme rénale de la grippe.

III. L'albuminurie grippale, parfois assez considérable, est l'indice d'une néphrite qui ne se traduit par aucun symptôme important. Elle ne joue aucun rôle dans la symptomatologie de la grippe, traduit le plus souvent une infection assez grave, peut apparaître et disparaître brutalement en quelques heures, n'influence guère le pronostic.

IV. La néphrite grippale s'accompagne de symptômes rénaux tels qu'anurie, hématurie, œdèmes et parfois de troubles toxiques (vomissements, délire). Elle laisse le

plus souvent des séquelles dans les cas qui guérissent et aggrave beaucoup le pronostic.

V. La forme rénale de la grippe comprend, d'une part, les œdèmes pulmonaires suraigus (rétention chlorurée) et, d'autre part, l'urémie grippale (rétention azotée). Extrêmement graves, ces formes ont une symptomatologie absolument dominée par les troubles rénaux, au point que parfois le diagnostic causal peut être méconnu, les symptômes habituels de la grippe faisant défaut.

VI. Il faut signaler la possibilité de l'absence d'albumine au cours de la néphrite et même de l'urémie grippales. En présence d'un tableau d'insuffisance rénale, l'examen du culot urinaire et la recherche de l'urée du sang s'imposent, même si les urines ne sont pas albumineuses.

VII. Le traitement de la néphrite et des formes rénales comprend d'une part le régime lacté, d'autre part les émissions sanguines copieuses et répétées qui amènent parfois de véritables résurrections.

BIBLIOGRAPHIE (1)

AITOFF (Marg.). — Quelques observations sur l'étiologie de la maladie espagnole. Soc. biol., 9 nov. 1918.

ANTOINE et ORTICONI. — Sur une épidémie de grippe. Acad. de méd., 10 sept. 1918.

ARTAULT DE VEVEY. — Traitement de la grippe et de ses complications. Acad. de méd., 5 nov. 1918.

BESANÇON (F.). — Sur la grippe dite espagnole. Acad. de méd., 13 août 1918.

— Prophylaxie de la grippe. Acad. de méd., 15 oct. 1918.

BOTELHO. — Recherches bactériologiques sur la grippe (autovaccin). Soc. de biol., 26 oct. 1918.

BRUN (DE). — Pneumonie grippale et peste pneumonique. Acad. de méd., 12 nov. 1918.

CAPITAN. — Traitement des gripes graves par l'As et les métaux colloïdaux. Acad. de méd., 29 oct. 1918.

CAUSSADE. — Toxémie grippale. Soc. méd. hôp., 18 oct. 1918.

(1) Outre les travaux sur le rein dans la grippe, nous signalerons les principales publications que nous avons consultées et utilisées.

CHAUFFARD. — Grippe épidémique à forme nerveuse fébrile. Soc. méd. hôp., 17 mai 1918.

DALIMIER. — Les formes rénales de la grippe. Acad. de méd., 19 nov. 1918.

DEBRÉ (R.). — L'anergie dans la grippe. Soc. de biol., 26 oct. 1918.

DUBOIS (R.). — Traitement de la grippe par le quinquina complet. Acad. de méd., 1^{er} oct. 1918.

DUGRAIS et LEMAIRE. — Sur une épidémie de grippe. Acad. de méd., 27 août 1918.

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — L'urine des grippés. Soc. de biol., 12 oct. 1918.

— L'immunisation grippale. Acad. des sciences, 21 oct. 1918.

FLORAND. — A propos de la grippe. Soc. méd. hôp., 12 juillet 1918.

— A propos de la grippe. Soc. méd. hôp., 18 oct. 1918.

GAUTIER (A.). — Nouveau traitement de la grippe infectieuse. Acad. de méd., 3 déc. 1918.

GILBERT, CHABROL et DUMONT. — Azotémie et grippe. Paris méd., 16 nov. 1918.

GIRAUD (Mlle M.). — Rétentions uréiques sans albuminurie. Soc. méd. milit. XVI^e rég., janvier 1919.

JOLTRAIN. — Quelques remarques sur la grippe. Soc. méd. hôp., 25 oct. 1918.

LE MARC'HADOUR et DENIER. — Sur une épidémie de grippe. Acad. de méd., 10 sept. 1918.

LEREBoullet. — La grippe en 1918. Paris méd., 16 nov. 1918.

— Traitement de la grippe. Paris méd., 16 nov. 1918.

MACLAUD, RONCHÈSE, LANTENOIS. — Grippe et spirochétose. Paris méd., 16 nov. 1918.

- MERKLEN (P.). — La grippe en Bretagne. Soc. méd. hôp., 11 oct. 1918.
- NETTER. — L'étain colloïdal dans la grippe. Acad. de méd., 12 nov. 1918.
- L'épidémie d'influenza de 1918. Acad. de méd., 1^{er} oct 1918.
- L'épidémie d'influenza de 1918. Paris méd., 16 nov. 1918.
- L'épidémie de grippe. Soc. méd. hôp., 18 oct. 1918.
- NICOLLE et LE BAILLY. — Acad. des sciences, 14 oct. 1918.
- ORTICONI et BARBIÉ. — Essai de sérothérapie. Soc. de biol., 23 nov. 1918.
- Flore microb. de la grippe. Presse méd., 5 oct. 1918.
- PATEIN. — Examen clinique des urines et du sang dans la grippe actuelle. Acad. de méd., 8 oct. 1918.
- PISSAVY et ROBIN. — Le traitement de la grippe. Soc. méd. hôp., 25 oct. 1918.
- RAVAUT. — Œdèmes suraigus du poumon d'origine grippale observés dans la région de Marseille. Acad. de méd., 1^{er} oct. 1918.
- RAVAUT, RÉNIAC et LEGROUX. — Sur deux formes particulièrement graves de grippe pulmonaire observées dans la région de Marseille. Paris méd., 16 nov. 1918.
- RÉMOND (de Metz). — Colloïdaux et sérum camphré dans le traitement de la grippe. Acad. de méd., 24 déc. 1918.
- RENAULT (J.) — La grippe dite espagnole qui sévit en Suisse. Acad. de méd., 6 août 1918.
- RÉNON et MIGNOT. — Remarques pathogéniques, cliniques et thérapeutiques sur la grippe. Soc. méd. hôp., 11 oct. 1918.

RÉNON et MIGNOT. — Sur l'épidémie de grippe. Soc. méd. hôp., 18 oct. 1918.

— La grippe de 1918. Paris méd., 16 nov. 1918.

ROBIN (A.). — Le traitement d'A. Gautier. Acad. de méd., 3 déc. 1918.

ROUSSY. — Nature et mode d'action de l'agent pathogénique dans la grippe. Acad. de méd., 3 déc. 1918.

THIROLOIX. — Traitement de la grippe. Soc. méd. hôp., 11 oct. 1918.

TRAPENARD. — Les colloïdaux dans le traitement de la grippe. Acad. de méd., 24 déc. 1918.

VERBIZIER (DE). — Collobiase d'os et grippe. Soc. méd. hôp., 18 oct. 1918.

VIALLE. — Pandémie grippale. Presse méd., 10 nov. 1918.

WURTZ et BESANÇON. — Note sur l'épidémie parisienne de grippe et sur les erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner. Acad. de méd., 1^{er} oct. 1918.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 31 janvier 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 31 janvier 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
